

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 8

UN CAS

D'ÉPITHÉLIOMA ADÉNOÏDE DU REIN

CHEZ UNE ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1936

PAR

Jeanne ATGER

Diplômée d'Hygiène

Née à Bagard (Gard), le 21 Juillet 1906

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. ÉTIENNE, professeur, *Président.*

GRYNFELTT, prof.

AIMES, agrégé.

PAGES, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

COOPÉRATIVE OUVRIÈRE À PERSONNEL ET CAPITAL VARIABLES

TÉLÉPHONE 23-78

1936

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 8

UN CAS

D'ÉPITHÉLIOMA ADÉNOÏDE DU REIN

CHEZ UNE ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Novembre 1936

PAR

Jeanne ATGER

Diplômée d'Hygiène

Née à Bagard (Gard), le 21 Juillet 1906

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

MM. ÉTIENNE, professeur, *Président.*

GRYNFELTT, prof.

AIMES, agrégé.

PAGES, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

Imprimerie l'ABEILLE (14, Avenue de Toulouse)

COOPÉRATIVE OUVRIÈRE A PERSONNEL ET CAPITAL VARIABLES

TÉLÉPHONE 28-78

1936

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique....	GIRAUD.
Clinique médicale.....	VIRES, asses.
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD.
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	RICHE.
Clinique des mal. des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge	P. DELMAS.
Clinique de dermat-syphiligraphie.....	EUZIERE, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEENHARDT.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT.
Clinique gynécologique.....	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE.
Matière médicale (Ch. de c.).....	VILLARD.
Radiologie (ch. de c.).....	TERRACOL.
Anatomie(ch. de c.).....	CABANNES.
Histologie.(ch. de c.).....	LAMARQUE.
	LAUX.
	GRANEL.

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE.

Chargés de Cours complémentaires

Pathologie expérimentale.....	MM. PAGES.
Pathologie externe.....	AIMES.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a. l.
Accouchements.....	COLL DE CARRERA.
Clinique phtisiologique.....	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BOULET.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON.
Stomatologie.....	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	{	MM. BOULET.	{	Chirurgie.....	MM. AIMES,
		PAGES.			MOURGUES-MOLINES, GUIBAL,
		JANBON.			ROUX.
		BAUMEL.		Obstétrique.	COLL DE CARRERA.
		VIDAL.		Bactériologie.	CARRERE.
		P. RIMBAUD.		Ophtalmologie.	DEJEAN.

Examineurs de la thèse :

MM. ÉTIENNE, prof ^r , <i>président</i> .	MM. AIMES, agrégé.
GRYNFELTT, professeur.	PAGES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

J. ATGER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
ET ORTHOPÉDIQUE

*Dont les conseils éclairés et bienveillants
nous ont guidée pendant toutes nos études.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRYNFELTT
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ AIMES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHARGÉ DE COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ PAGÈS
CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBERT
CHEF DE LABORATOIRE DES CLINIQUES

*Qui nous ont si obligeamment aidée dans
notre travail.*

J. ATGER.

UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA ADÉNOÏDE DU REIN

CHEZ UNE ENFANT

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Les tumeurs du rein, habituellement observées chez l'enfant, sont des sarcomes se manifestant cliniquement par leur volume considérable et par la fréquence de leurs métastases.

Dans ce travail, nous nous proposons de présenter un cas de tumeur rénale chez une fillette, tumeur que les examens histologiques nous ont permis de considérer comme un adénome en voie de transformation maligne.

L'intérêt de ce cas réside d'abord dans son extrême rareté; en effet, nous n'avons pu découvrir dans toute la littérature qu'une seule observation concernant un épithélioma du rein chez l'enfant.

Le mode d'apparition de cette tumeur mérite d'être signalé: c'est une hématurie qui fut le symptôme révélateur. Elle reste, durant quatre ans, un symptôme isolé. Pendant ce laps de temps, on ne remarqua en effet ni augmentation de volume, ni douleur.

Ce cas nous amène aussi à considérer le problème de la transformation des tubes urinifères en cancer, question qui fut jadis très vivement discutée.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter une solution au problème, mais bien des faits, par l'intermédiaire des examens microscopiques.

CHAPITRE II

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agit de Marie M..., née le 14 avril 1927; entrée à l'hôpital Saint-Eloi, à Montpellier, dans le service de M. le Professeur Etienne, le 11 juin 1935; sortie le 4 août 1935.

Antécédents personnels: rougeole.

Antécédents familiaux: c'est la quatrième d'une famille de neuf enfants, tous en bonne santé.

Maladie actuelle: dès l'âge de 4 ans, l'enfant a présenté des *urines sanglantes*. Cette coloration n'était pas constante mais revenait par périodes. Le père ne peut préciser la durée exacte de ces périodes. Cet écoulement n'alarma d'abord pas la famille car il fut mis sur le compte d'une puberté précocce. L'enfant présenta quelques *vagues douleurs*, très atténuées, du côté droit; à ce moment-là, un médecin crut percevoir une tuméfaction.

12 juin 1935:

EXAMEN. — Palpation; le rein droit est abaissé. La palpation superficielle reste indolore, la palpation profonde éveille de la douleur, mais celle-ci paraît assez bien supportée par la petite malade. Le fonctionnement de l'appareil urinaire ne paraît pas avoir été touché. Rien à noter pour les autres appareils.

20 juin 1935:

EXAMEN DES URINES:

1° *Examen bactériologique*: Pas de B. K. à l'examen direct.

2° *Examen chimique*:

Albumine: 0,90 par litre.

Réaction de Meyer: positive.

Sels biliaires: présence légère.

3° *Examen du culot*: Leucocytes, nombreuses hématies, cellules épithéliales; pas de cylindres.

4° *Rapport de Derrien*: 6,8 %.

EXAMEN DU SANG. — *Azotémie*: 0,20 par litre. Ce taux d'azotémie permet de faire l'exploration au ténébryl.

21 juin 1935:

Injection intra-veineuse de ténébryl. Prise de trois clichés:

Le premier est pris presque immédiatement après l'injection intra-veineuse. Les reins, les uretères et la vessie sont injectés.

Sur le premier cliché on note, au niveau du bord inférieur du rein droit, une ombre arrondie, à contours relativement peu tracés. Cette ombre paraît être en rapport avec le rein, et M. le Professeur Lamarque se demande s'il ne s'agit pas d'une tumeur kystique à paroi calcifiée.

Après *insufflation colique*, on perçoit la même ombre arrondie du rein droit.

9 juillet 1935:

INTERVENTION. — Opérateur: M. le Docteur Lapeyrie. Anesthésie générale au balsoforme.

L'enfant est couchée sur le côté gauche, un billot étant placé dans l'espace iléo-costal.

Incision classique pour la découverte du rein. Dissociation du grand oblique, incision du transverse; le tissu adipeux abondant est récliné en avant avec le cul-de-sac péritonéal. Le rein est facilement amené dans la plaie, on reconnaît une tumeur occupant le pôle inférieur; l'extériorisation du rein est très facile, les vaisseaux étant très longs. Pas de ganglions.

Ligature séparée de l'uretère, de l'artère et des veines. Un drain est mis en place dans la partie haute de la cavité; fermeture en deux plans musculaires; crins.

Cette enfant a été un peu choquée au cours de l'intervention: elle est assez pâle, respirant mal; mais une demi-heure après elle était revenue à son état normal, la physionomie bien colorée.

Suites opératoires. — Elévation thermique le lendemain de l'intervention.

Les premières 24 heures, il n'y eut que 150 gr. d'urines environ, mais le lendemain, la diurèse s'établit normalement; l'urine est claire.

L'état général est bon, le ventre souple.

11 juillet 1935. — Ablation du drain.

15 juillet 1935. — Analyse d'urines.

Quantité envoyée	900
Densité	1010
Réaction	acide
Urée	12,4 par litre
Albumine.	légères traces
Glucose	néant
Chlorures	2,2 par litre
Réaction de Meyer	faiblement positive

18 *juillet* 1935. — Analyse d'urines:

Quantité envoyée	500
Densité.	1012
Réaction	acide
Urée	14,6 par litre
Albumine.	très légères traces
Glucose	néant
Réaction de Meyer	négative

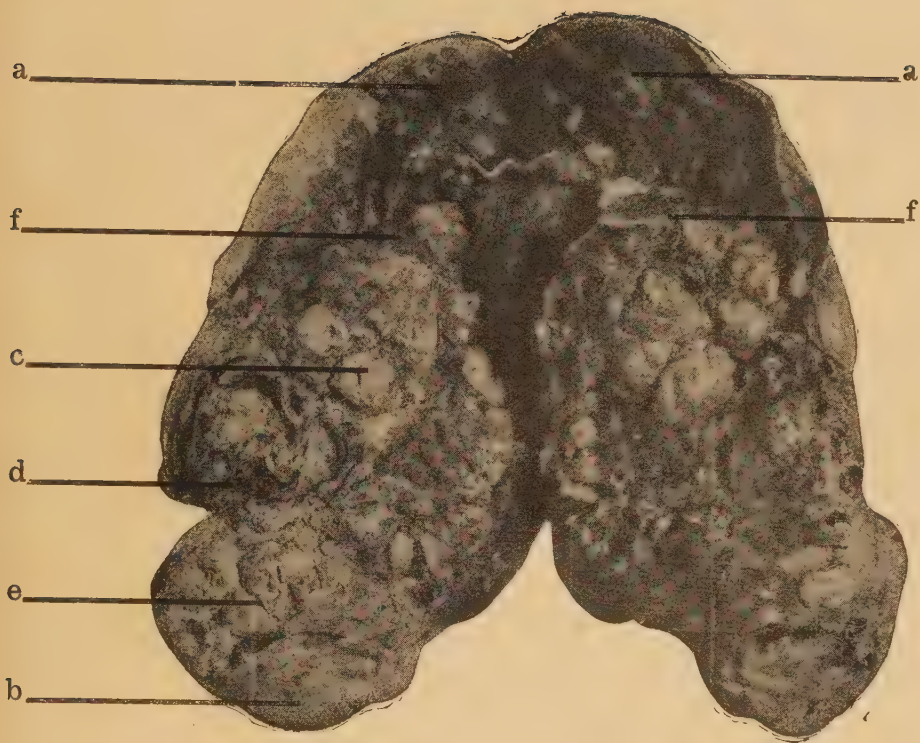
Ablation des crins.

Cicatrisation par première intention.

19 *juillet* 1935. — Azotémie: 0,17 par litre.

4 *août* 1935. — L'enfant sort guérie.

Revue deux mois après, elle était en bonne santé.



En *a*, pôle supérieur du rein ; *b*, pôle inférieur : *c, d, e*, masse tumorale à limite supérieure nettement marquée en *f*.

CHAPITRE III

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'examen de la pièce est confié à M. le Docteur Guibert, chef de laboratoire des cliniques à la Faculté de Médecine.

I. — EXAMEN MACROSCOPIQUE

Le rein considéré, du poids de 110 gr.; mesurait 7 cm. de longueur sur 4,5 cm. d'épaisseur. Les deux tiers inférieurs étaient bosselés mais son tiers supérieur présentait des contours normaux.

La section longitudinale suivant le bord convexe montre que dans les deux tiers inférieurs de l'organe se trouve un tissu bigarré blanc-jaunâtre, entrecoupé de territoires d'un noir intense, à la manière de foyers hémorragiques. En certains points, cette masse tissulaire est anfractueuse, avec des cavités à contenu gélatineux.

Elle s'étend sur toute l'épaisseur du rein, de la zone corticale jusqu'au bassinet.

Le tiers supérieur est formé par du parenchyme rénal d'aspect et de consistance normaux. On distingue très nettement une sorte de plan de clivage entre les deux territoires rénaux que nous venons de décrire. Par

contre, du côté du pôle inférieur, il n'y a plus trace de tissu rénal sain.

II. — EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'examen microscopique a porté sur plusieurs fragments prélevés en divers points de la masse tumorale, les uns en bordure du parenchyme normal et du néoplasme, les autres au sein même de celui-ci.

A. — A un *faible grossissement*, le fragment prélevé en bordure du néoplasme, présente deux zones distinctes : l'une formée de parenchyme rénal à structure normale et qui apparaît comme refoulé par la tumeur voisine, l'autre par des plages de tubes sectionnés, suivant des incidences les plus diverses et d'aspect généralement clair. Entre ces deux territoires se trouve une formation fibroïde qui semble bien avoir la valeur d'une capsule, pour la masse tumorale.

Parmi les fragments prélevés dans celle-ci, les uns sont constitués par des plages d'éléments épithéliaux d'architecture variable, les autres par de larges foyers hémorragiques ou par un très grand nombre de vaisseaux.

Déjà, à ce grossissement, on peut reconnaître que les éléments épithéliaux présentent trois modalités architecturales principales : une *forme tubulée*, une *forme trabéculaire*, une *forme papillaire*, ces deux dernières prédominant, et de beaucoup. Très souvent, d'ailleurs, ces différentes formes sont étroitement combinées (fig. 1).

B. — A un *grossissement plus fort*, il est possible d'étudier en détail et séparément ces différentes zones tumorales.



FIGURE 1. — *Adénome du rein*. Formes tubuleuses, trabéculaires et papillaires associées. En a, b, c, d, formations tubuleuses dont la lumière est plus ou moins obstruée par les cellules épithéliales de revêtement hyperplasiées ; en e, autre tube néo-formé présentant dans sa lumière des végétations papilliformes f, g, h, i, dont on distingue très nettement l'axe conjonctivo-vasculaire littéralement filiforme ; en j, travées massives (1).

(1). Microphotographies non retouchées exécutées par A. Herbaut, préparateur technique au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier. (Professeur Grynfeltt, chef de service).

a) *Zone d'architecture papillaire.* — A ce niveau, on a affaire à des végétations conjonctivo-épithéliales, formées de cellules cubiques ou cylindriques, à pôle apical généralement gonflé, à noyau de dimensions variables, hyperchromatique, souvent monstrueux, occupant de préférence la région moyenne de la cellule et à cytoplasme nettement acidophile. Ces cellules épithéliales reposent sur une membrane basilaire bien différenciée qui se confond elle-même avec un axe conjonctivo-vasculaire très étroit, parfois filiforme (fig. 1).

Cette structure histologique est celle de *l'adénome papillaire à cellules acidophiles.*

b) *Zone d'architecture tubuleuse.* — On se trouve en présence ici de cordons ou de tubes épithéliaux à section transversale arrondie, anastomosés entre eux et ordinairement très près les uns des autres. Cordons et tubes donnent au tissu un aspect glandulaire évident (fig. 1).

Les cellules de ces tubes sont munies d'un cytoplasme qui parfois se colore intensément par les couleurs acides, d'autres fois, au contraire, apparaît vacuolaire, clair, avec un noyau assez volumineux, hyperchromatique et souvent monstrueux, pourvu d'un nucléole généralement acidophile mais mal différencié.

L'aspect clair de ces cellules est dû à la structure vacuolaire du cytoplasme qui résulte elle-même du fait que les gouttelettes lipoïdiques dont il était gonflé ont été dissoutes par les réactifs histologiques et notamment par les alcools forts et le xylol.

Ces cellules, claires ou foncées, sont douées d'un pouvoir de division qui s'effectue uniquement suivant le mode amitotique.

Les tubes sont séparés les uns des autres par un stroma formé de fines fibrilles collagènes, parfois d'une ténuité extrême, et par des vaisseaux sanguins du type capillaire, souvent lacunaire.

Parfois ce stroma conjonctivo-vasculaire découpe à tel point la néoplasie en tous sens que c'est l'architecture bien connue, « en jeu de patience », que l'on a sous les yeux.

c) *Zone d'architecture trabéculaire.* — Ici encore, on peut avoir affaire à des cellules claires ou foncées, mais elles ne constituent ni des végétations épithéliales papilliformes, ni des tubes: ce sont des cordons pleins, sectionnés suivant des incidences les plus diverses.

Comme pour les formes tubulaires, on voit que ces cordons sont séparés les uns des autres par des fibrilles collagènes ou des vaisseaux sanguins.

Un fait est à retenir, c'est que, dans un même champ microscopique, on peut voir non seulement des formes tubuleuses ou trabéculaires associées, mais aussi, dans un même cordon cellulaire, des cellules claires ou foncées (fig. 2). Ce *polymorphisme* est un des caractères essentiels de la structure histologique de ce néoplasme rénal.

Il en est un autre, non moins remarquable, et qui est basé sur le comportement des tubes et des cordons épithéliaux vis-à-vis des vaisseaux sanguins. En effet, on voit que les cordons cellulaires bordent directement les sinusoïdes à la manière des cordons cellulaires des glandes endocrines (fig. 2). De plus, on voit manifestement que certaines cellules ont leur noyau situé vers le pôle apical de la cellule: *type endocrinien*.

Les cellules des tubes, au contraire, se disposent concentriquement autour d'une cavité pseudo-glandulaire et c'est le pôle basal des cellules, reposant sur une membrane vitrée, qui borde plus ou moins directement le capillaire sanguin. Ici, c'est la *structure exocrine* qui se trouve réalisée.

Les autres fragments de tissu tumoral que nous avons examinés montrent soit de larges suffusions sanguines,

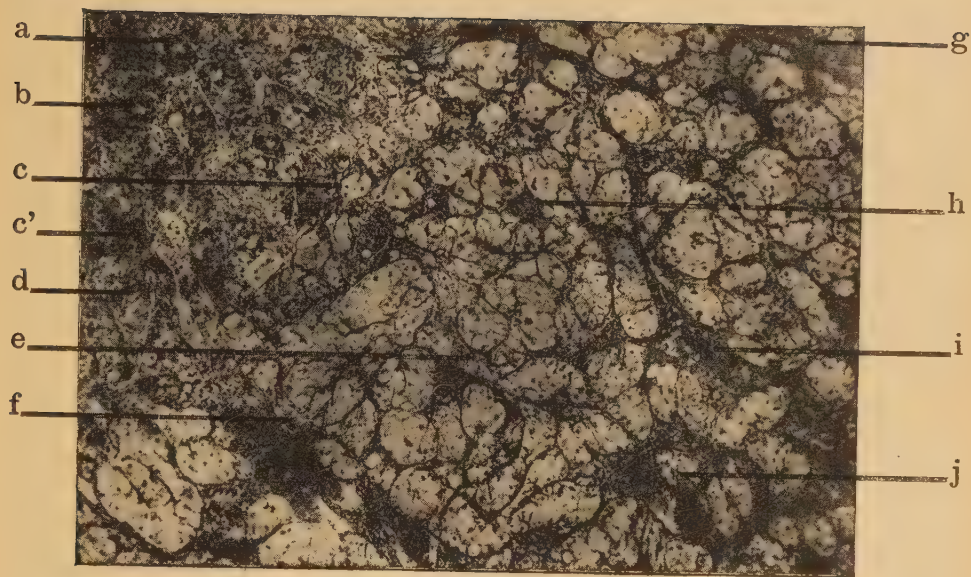


FIGURE 2. — *Adénome du rein*. Structure endocrinienne pure ; formes acidophiles et claires associées. En *a, b, c, d*, cellules acidophiles ; toutes les autres cellules néoplasiques sont claires, la transition entre les deux états s'observe notamment en *c'* ; les cellules claires forment des cordons pleins qui bordent directement les lacunes sanguines *e, f, g, h, i, j*.

soit des formations kystiques à contenu séro-hémorragique.

En résumé, il s'agit d'une néoplasie rénale, développée aux dépens des tubes urinifères; son architecture est polymorphe: tubuleuse, trabéculaire, papillaire, mais avec une prédominance marquée pour ces deux dernières formes; sa structure est à la fois endo et exocrine, suivant que la polarité sécrétoire des cellules néoformées est inversée ou non; ses éléments néoplasiques sont, suivant les points, clairs ou foncés, d'après le degré de surcharge lipoïdique de leur cytoplasme.

Nous pensons que cette tumeur rénale, encapsulée en partie, constitue un *adénome* très polymorphe, à cellules claires et foncées et à structure mixte: endocrine et exocrine, la première beaucoup plus marquée, développé aux dépens des cellules des tubes urinifères. La présence, en certains points, d'éléments cellulaires d'activité amitotique considérable, à structure souvent monstrueuse, et l'absence d'une capsule sur une assez grande étendue de la tumeur, vers le pôle inférieur du rein, nous paraissent des faits histologiques suffisants pour considérer cette hyperplasie adénomateuse comme réalisant un *état précancéreux*, « *épithélioma adénoïde* » de P. Masson et impliquant, de ce chef, des réserves pronostiques.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS CLINIQUES ANTÉRIEUREMENT PUBLIÉES

Les tumeurs malignes du rein sont très fréquentes chez l'enfant avant l'âge de 15 ans. De plus 30 % des cancers du rein s'observent dans l'enfance. Pratiquement, toute tumeur abdominale chez un enfant est d'origine rénale; mais il s'agit presque toujours de sarcomes ou plutôt, comme on l'admet actuellement, de « tumeurs mixtes ». (Aurousseau.)

Albaran et Imbert, cités par O. Lubarsch, donnent, pour 172 cas de tumeurs rénales chez l'enfant, 128 sarcomes, 12 épithéliomas et 32 néoplasmes d'espèces diverses.

Perthes, cité aussi par O. Lubarsch, rapporte deux cas d'adéno-épithéliomas: l'un chez un enfant de 9 ans, l'autre chez un enfant de 4 ans et demi, et un cas d'épithélioma chez un enfant de 9 ans.

Quant à O. Lubarsch lui-même, de 1920 à 1924, il n'a observé, chez les enfants de 1 à 10 ans, qu'un seul cas d'épithélioma, il s'agissait d'une fillette.

Le seul cas que nous ayons pu nous procurer est celui de Phélip et Salin que nous reproduisons ici entièrement.

« Il s'agit d'une fillette de 21 mois, dont l'histoire cli-

niqne ne présente aucun fait spécial à signaler. L'affection, comme d'habitude, s'est manifestée sous forme d'une tumeur à développement abdominal, siégeant dans l'hypochondre gauche. La famille s'aperçut de la tumeur un mois avant l'intervention. L'augmentation de volume en fut rapide, sans signes fonctionnels particuliers, mais avec amaigrissement et atteinte nette de l'état général.

» Opération facile, tumeur un peu adhérente à une anse grêle.

» L'étude histologique de cette tumeur est beaucoup plus intéressante. Il s'agit d'une forme rare dans l'enfance puisque Gallard, sur 1063 cas d'épithéliomes, n'en signale que six au-dessous de 10 ans.

» Au faible grossissement, au centre, la tumeur est faite d'un tissu entièrement dégénéré avec de nombreuses hémorragies, à la périphérie, à la limite du tissu en apparence normal, on constate la présence de noyaux irréguliers, assez nettement limités par une paroi conjonctive, dont les travées pénètrent dans l'intérieur des noyaux en y limitant des logettes; les noyaux néoplasiques sont tantôt pleins, tantôt et le plus souvent formés de cavités irrégulières, disposées autour d'un axe conjonctivo-vasculaire.

» A un fort grossissement, si l'on examine le tissu rénal à la limite de la tumeur, on constate que la lésion initiale siège au niveau des tubes rénaux. Les tubes droits présentent, sur de très nombreux points, plusieurs assises de cellules; celles-ci, assez claires, sont de dimensions inégales, irrégulières, on peut y trouver des figures de karyokinèse atypique. La prolifération épithéliale ne tarde pas à envahir le tissu conjonctif péritubulaire; on voit alors des groupes de cellules irrégulièrement disposées, formant des sortes d'amas cellulaires dans un riche stroma conjonctif. On trouve dans

les tubes rénaux de très nombreux cylindres granuleux et épithéliaux. Les noyaux cancéreux sont formés soit de boyaux de cellules épithéliales et irrégulières à noyaux fortement colorés; soit, au contraire, de cellules claires, très régulièrement disposées. On retrouve encore, formant la paroi des cavités anfractueuses que nous avons décrites, des cellules épithéliales cylindriques hautes et disposées sur une ou deux rangées.

» L'interprétation de cette tumeur est délicate. Sur certains points on retrouve, à n'en point douter, la structure des épithéliomas végétants métatypiques du rein. En d'autres points, les tubes rénaux ont le caractère des tubes embryonnaires noyés dans un stroma conjonctif lâche et, sur de nombreux points, on voit des amas de cellules jeunes ayant l'aspect d'un blastome. Il semble donc qu'on puisse porter le diagnostic d'épithélioma rénal à type fœtal. »

CHAPITRE V

PARTICULARITÉS CLINIQUES, MORPHOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

I. — CLINIQUES

A. SYMPTÔME RÉVÉLATEUR : volume, hématurie.

Il est classique de dire que les adénomes sont des découvertes d'autopsie. Le nombre restreint des faits publiés est dû au petit volume de ces tumeurs et à l'absence de symptômes révélateurs.

« Leur prétendue rareté, écrit P. Masson à propos des adénomes tubuleux à petites cellules basophiles, tient à leur petitesse qui les fait déceler au microscope. » (P. Masson.)

Quand aux adénomes à cellules acidophiles ou à cellules claires, bien que visibles à l'œil nu, ils restent peu volumineux, leur taille atteignant rarement un centimètre.

Cependant, M. Letulle et L. Nattan Larrier relatent, en 1910, le cas d'un « volumineux » adénome trouvé à l'autopsie d'une femme âgée, au sommet du rein droit. Ils considèrent cette tumeur comme un « cysto-adénome polymorphe congénital ». L'examen histologique l'appar-

rente à l'adénome à cellules claires d'architecture trabéculaire rencontré en certains points de la tumeur que nous présentons.

Mais ces auteurs se rallient à la théorie de Grawitz et considèrent que « ce cysto-adénome polymorphe du rein résulte d'une évolution malformative du corps de Wolf. Cette dysplasie a abouti à l'inclusion de *cellules surrénales* dans l'intimité du rein définitif, en même temps qu'à la formation de *portions tubulaires* atypiques, isolées et indépendantes des *bourgeonnements urétéraux*. » Nous reviendrons ultérieurement sur cette question.

De l'épithélioma du rein, extrêmement rare dans l'enfance, nous pouvons rapprocher l'adénome, lui aussi peu fréquent. On en connaît chez l'enfant quelques cas, cependant. (Ruprecht, 1890; Schattock, 1894, cités par Nobécourt.)

Peut-être s'agissait-il d'une transformation maligne de l'adénome lorsque celui-ci attirait l'attention. Les particularités cliniques relevées dans notre observation et l'examen anatomo-pathologique de la pièce semblent confirmer cette opinion.

De même que les adénomes, les « épithéliomas adénoïdes » à cellules basophiles sont rarement volumineux.

Quant aux épithéliomas rénaux à cellules acidophiles et à cellules claires, ils peuvent atteindre un volume appréciable. Débutant par un petit noyau, ils prennent progressivement les dimensions d'une noix, d'une mandarine, pour venir finalement doubler le volume du rein. On cite chez l'adulte des épithéliomas rénaux ayant atteint le volume d'une tête d'enfant.

Chez l'enfant, le volume et le poids du rein sont quel-

quefois normaux, cependant ils sont généralement augmentés, mais « rarement beaucoup ». (Nobécourt.)

Il y a loin de ces dimensions à celles que peuvent atteindre les tumeurs rénales habituellement rencontrées chez l'enfant. Celui-ci est souvent amené à la première consultation avec une tumeur occupant tout l'hypochondre, descendant dans la fosse iliaque, arrivant à quelques travers de doigt de l'ombilic ou le débordant et malheureusement dans bien des cas, inopérable. En effet, la plupart du temps, l'augmentation de volume constitue le symptôme initial et n'est pas précédée des signes d'alarme : hématurie ou douleur, qui pourraient révéler plus précocement l'existence d'une néoplasie. Mais il s'agit alors toujours, ne l'oublions pas, de sarcomes. Cependant, dans l'unique cas d'épithélioma que nous avons reporté (Phélip, Salin), l'affection s'était manifestée comme dans les tumeurs habituelles de l'enfance, sous forme d'une tumeur à développement abdominal, accompagnée uniquement d'amaigrissement et atteinte de l'état général.

Dans le cas que nous présentons, le premier signe révélateur a été l'hématurie comme dans l'épithélioma rénal de l'adulte. En effet, l'hématurie, chez l'adulte, annonce le cancer dans plus de la moitié des cas ; sept fois sur dix elle est le « symptôme signal » (Jeanbrau). Elle peut rester un symptôme isolé et précéder de plusieurs années l'apparition de la tumeur. (Tuffier : 2 à 3 ans. Lecène : 4 à 12 ans.)

Si la symptomatologie des tumeurs rénales de l'enfant est si différente de celle de l'adulte, c'est que « le cancer ici n'est pas un épithélioma comme chez l'adulte, mais un sarcome ». (Roger, Widai, Teissier.)

Les hématuries chez l'enfant sont habituellement dues à des infections, à des calculs ou au traumatisme et

n'éveillent pas d'emblée l'idée d'une tumeur. D'ailleurs, si la tumeur avait été de tout petit volume, elle serait passée inaperçue et n'aurait pas été diagnostiquée; or, nous avons affaire à une tumeur assez grosse pour être palpable, c'est pourquoi nous avons pu rapporter les hématuries à l'existence de cette tumeur.

Quand elle existe, l'hématurie est spontanée, persiste plusieurs jours, et reparaît à intervalles plus ou moins longs. Dans le cas étudié, elle est, en effet, survenue par périodes sur lesquelles nous n'avons malheureusement pas pu avoir de précisions, mais telles que la famille avait pu croire à une puberté précoce. Elle ne paraît tout de même pas avoir été assez abondante ou assez constante pour altérer l'état général de notre petite malade.

La rareté du symptôme hématurie dans les tumeurs rénales de l'enfance, n'est donc pas fonction de l'âge du sujet, mais bien de la nature de la tumeur. Si, dans le cas étudié, son apparition quatre ans avant la première constatation d'une augmentation de volume du rein nous a paru anormale, elle n'est qu'une confirmation de la nature épithéliomateuse de cette tumeur.

B. EVOLUTION

L'évolution est lente chez l'adulte où nous avons affaire à l'épithélioma; elle est rapide chez l'enfant où il s'agit presque toujours de tumeur mixte. Cependant, même dans ce cas, F. Hinman et A. Kutzman notent la possibilité d'une évolution bénigne plus ou moins longue, précédant le stade malin. D'après eux, « la croissance de ces tumeurs est d'abord lente mais bientôt devient rapide, de sorte qu'il n'est pas rare de les voir devenir très volumineuses en quelques semaines. C'est pendant

cette période que, selon Fraser, la tumeur passe du type adénomateux à croissance lente, au type sarcomateux à croissance rapide ».

Mais, comme nous l'avons vu précédemment, l'évolution d'un adénome est silencieuse; l'apparition de signes cliniques, en particulier ici de l'hématurie, est-elle liée à l'existence de la transformation maligne de la tumeur? Il ne semble pas que l'hyperplasie adénomateuse restée à l'état pur puisse provoquer ces hématuries.

Dans notre cas, celles-ci se sont manifestées pour la première fois quatre ans avant la constatation clinique de la tumeur. Si le début de la transformation maligne de notre adénome date de l'époque à laquelle ont apparu les hématuries, nous pouvons dire que cette évolution est lente comme pour l'épithélioma de l'adulte.

II. — MORPHOLOGIQUES

A. SIÈGE DE LA TUMEUR

Presque toujours unilatéraux, les épithéliomas rénaux siègent avec une égale fréquence dans l'un ou l'autre des reins. L'organe peut être entièrement envahi par la néoformation mais, le plus souvent, celle-ci est localisée à un des pôles et surtout au pôle supérieur du rein. (Masson, Roussy, Nobécourt.)

Chez notre fillette, la tumeur siégeait dans la partie inférieure du rein. Ceci, joint au fait que cette tumeur avait un volume déjà appréciable, explique que le rein soit devenu perceptible au palper bimanuel.

B. CARACTÈRES MACROSCOPIQUES

La tumeur faisant l'objet de notre travail a bien l'aspect typique de l'adénome et de l'épithélioma rénal. En effet, nous reviendrons ultérieurement sur ce point, adénome et épithélioma dérivent d'un même processus hyperplasique prenant naissance au niveau de l'épithélium des tubes urinifères.

Les adénomes à cellules acidophiles se présentent sous la forme d'une masse petite à contour régulier ou festonné, séparée du parenchyme rénal par une capsule plus ou moins nette et toujours mince. Cette tumeur est constituée par une agglomération de kystes séparés par des cloisons fibreuses incomplètes et tendant à se fusionner. Deux accidents : accumulation de cellules volumineuses chargées de graisses et hémorragies dues au défaut de leur irrigation contribuent à en modifier l'aspect.

Même volumineux, l'épithélioma laisse subsister du parenchyme rénal reconnaissable. Souvent unique, il peut cependant être formé de noyaux épars dans le rein. Régulièrement arrondie ou plus souvent bosselée, la tumeur est entourée d'une capsule incomplète d'où partent des bandes fibreuses marquant une certaine lobulation. Masse molle, anfractueuse, d'aspect kystique, de coloration blanchâtre, jaune paille ou jaune soufre, la tumeur se distingue nettement du tissu rénal voisin. Sa surface de section est souvent panachée de foyers nécrotiques et hémorragiques se révélant sous forme de tâches gris blanchâtres ou rouges et consécutives aux accidents circulatoires dont, comme les adénomes, ces tumeurs sont fréquemment le siège. Les épithéliomas

que nous avons cités présentaient tous deux ces caractéristiques.

Dans aucun d'eux, il n'a été noté d'envahissement des organes voisins : uretères, bassin, vaisseaux rénaux et surtout veine, par les bourgeons cancéreux. Il n'y avait pas encore non plus de métastases ganglionnaire ou autres si fréquemment rencontrées dans les tumeurs habituelles de l'enfance et dans les épithéliomas du rein chez l'adulte.

III. — ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Il est à peu près unanimement admis aujourd'hui que l'épithélioma rénal débute au niveau des tubes sécréteurs et l'on pourrait suivre les étapes de la transformation de ceux-ci en tissu cancéreux.

Lecène soutenait cependant qu'il s'agissait, non de sa transformation en cancer, mais d'une infiltration destructive du tube urinifère par le cancer. « La transformation en cancer d'un tissu normal ne peut-être sérieusement établie tant que nous ignorons la cause même du cancer ». (Lecène et Wolfrom.)

Il peut se faire, comme dans le cas dont nous rapportons plus haut l'observation détaillée, que la néoplasie se développe aux dépens d'éléments rénaux embryonnaires, c'est-à-dire d'inclusions fœtales ou encore de « tissu néphrogène ». On voit alors le tissu néoplasique reproduire plus ou moins fidèlement la structure du *blastème rénal*; on a donc affaire soit à des cavités bordées de cellules cylindro-cubiques au sein d'un tissu parenchymateux du type fœtal, c'est-à-dire myxoïde, soit à des plages sarcomatoïdes à peu près dépourvues de tubes.

Pour Waldeyer et Albarran, les épithéliomas rénaux

dérivent de l'épithélium des tubes urinifères. Widal, Nobécourt, Roussy et Masson se rallient à cette opinion. Entre le tissu rénal sain et l'épithélioma, la cellule normale et la cellule cancéreuse, on peut trouver toutes les transitions en passant par les lésions néphritiques chroniques, cirrhotiques et adénomateuses.

La présence de zones élargies ou de dilatations kystiques au niveau des tubes sécréteurs rénaux dans la néphrite chronique peut être considérée comme une tentative d'hyperplasie fonctionnelle. En effet, les cellules qui revêtent les tubes élargis et les kystes sont volumineuses, acidophiles et multinuclées.

Les kystes papillaires que l'on rencontre souvent dans les reins scléroatrophiques sont des rudiments d'adénomes papillaires du rein à cellules acidophiles; or, ces dernières tumeurs sont elles-mêmes reliées par des formes de transition à l'adénome acidophile endocrinien, qu'il soit ou non à cellules claires (Masson).

Et comme « il serait possible d'observer toutes les formes de transition entre l'adénome, formation épithéliale de nature bénigne et l'épithélioma » (Roger, Widal, Teissier), nous passons ainsi insensiblement, par un processus hyperplasique, du parenchyme rénal sain à la tumeur maligne de nature épithéliale. « L'adénocarcinome qui a la constitution d'un adénome, avec en certains points des nodules épithéliaux diffus, représenterait la forme intermédiaire entre l'adénome et l'épithélioma. » (Roger, Widal, Teissier.)

Nous n'insisterons pas sur la question des tumeurs à cellules claires; tumeurs qui, d'après la théorie soutenue par Grawitz, n'auraient pas été d'origine rénale mais se seraient développées aux dépens de germes embryonnaires de cortico-surrénale inclus dans le rein au cours de la vie foetale. Cette théorie eut un grand succès et

valut à ces tumeurs les noms d'épithéliomas du rein à type surrénal, d'hypernéphromes.

Les épithéliomas à cellules acidophiles (cellules sombres de Brault) et les épithéliomas à cellules claires présentent les mêmes dispositions. Ces deux types traduisent des états différents d'une même lignée cellulaire dont l'élément matriciel est la cellule du parenchyme rénal.

L'« aspect vidé » de certaines cellules provient de la disparition, sous l'influence des procédés habituels de préparation, des graissés et du glycogène que contenaient ces cellules. Or, la charge graisseuse de l'adénome papillaire ou de l'épithélioma coïncide le plus souvent avec l'évolution endocrinienne de la tumeur. (Masson.)

L'étude histologique de la tumeur que nous vous présentons nous a montré qu'il ne peut être question ici d'un néoplasme développé aux dépens d'inclusions de corticosurrénale.

L'examen microscopique minutieux des diverses zones de prolifération épithéliale nous a, en effet, permis de constater à la suite de Stoerk en Allemagne, de Roussy et Leroux, et de P. Masson en France, que « adénomes papillaires à cellules acidophiles, adénomes endocriniens à cellules acidophiles (rares) et adénomes à cellules claires ou grasses sont les trois formes de tumeurs bénignes que peut produire la cellule sécrétrice non involuée du tube rénal. » (P. Masson.)

N.-B. — Nous avons appris au cours même de l'impression de ce travail, que la jeune malade était en parfaite santé 15 mois après l'intervention.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

1° Du point de vue *clinique*:

Si l'hématurie n'est qu'exceptionnellement le symptôme signal des tumeurs rénales de l'enfance, sa présence ici nous paraît liée au fait, également exceptionnel, qui nous met en présence d'une tumeur épithéliale:

Hématurie. Symptôme signal de l'épithélioma rénal aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

2° Du point de vue *histologique*:

Nous pouvons affirmer que la cellule sécrétrice non involuée du tube rénal est susceptible de produire des tumeurs bénignes devenant le siège, à leur tour, de transformations malignes et passant par un stade d'état précancéreux:

« Epithélioma adénoïde » de Masson.

3° Si l'hématurie est considérée comme traduisant l'existence de ce stade intermédiaire, nous pouvons penser que celui-ci a duré, chez notre petite malade, de l'âge de 4 ans à l'âge de 8 ans.

4° Le pronostic étant fonction de la transformation maligne, si le stade d'épithélioma adénoïde a persévéré quatre ans, il semble que l'évolution soit relativement lente et par conséquent permette d'espérer une guérison par la néphrectomie.

BIBLIOGRAPHIE

- MASSON (P.). — Diagnostics de laboratoire II. Tumeurs. Dianostics histologiques. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, p. 531-555.
- ROUSSY (G.), LEROUX (L.), OBERLING (Ch.). — Précis d'anatomie pathologique. *Collection de précis médicaux*. Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris 1933.
- NOBECOURT. — Précis de Médecine des enfants 1926, p. 620-624.
- JEANBRAU. — Pathologie chirurgicale.
- ROGER, WIDAL, TEISSIER. — Cancer du rein. *Nouveau traité de Médecine*, XVII, p. 771-802.
- AUROUSSEAU (L.). — Les tumeurs malignes du rein chez les enfants. *Gazette médicale de France*. 15 mai 1932. N° 10 et *Pédiatrie pratique*. 20 octobre 1932. N° 31.
- HINMAN (F.), KUTZMAN (A.). — Malignant tumors of the kidney in children. *Annals of Surgery*, Phila. 1924, LXXX, p. 569.
- PHÉLIP, SALIN. — Epithélioma d'un rein chez une enfant de 21 mois. *Bulletin et mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1913, LXXXVIII, p. 336.
- PASTEAU. — Epithélioma d'un rein avec gros bourgeonnement dans le bassin et la veine rénale. *Journal d'Urologie*, N° 29, février 1930, p. 219-220.
- JONES (W. M.), CARROLL (G. L.). — Papillary epithélioma of kidney pelvis. *Annals of Surgery*, Phila. Octobre 1924, LXXX, p. 591-593.
- SCHOLL (A.-J.), GORDON (S.) FOULDS. — Squamous cells tumors of kidney pelvis in childhood. *Ann. of Surgery*, Phila. Oct. 1924, LXXX, p. 594.

- TETAU (P.). — Contribution à l'étude clinique des tumeurs mixtes du rein chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1925.
- ISRAELOVICI (S.). — Contribution au traitement des tumeurs malignes du rein chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1933.
- BUCCHERI. — Deux cas de tumeurs malignes du rein chez l'enfant *Arch. génér. de Chir.*, Paris, 1911, VII, p. 139-149.
- LETULLE, NATTAN LARRIER. — Adénome complexe du rein (cysto-adénome polymorphe congénital). *Bull. et Mémoires de la Soc. Anat. de Paris*, 1910, LXXXV, p. 257-266.
- SAND, LERAT. — Un cas d'anémo-sarcome du rein et un cas d'embryome rétropéritonéal chez l'enfant. *Bull. de l'Acad. Roy. de Méd. de Belgique*, Brux. 1912. 4 s., XXVI, p. 102-129.
- CASSOUTE. — Sarcome du rein chez un nouveau-né. *Marseille Médical*, 1920, LVII, p. 571-574.
- ROSS MINTZ. — Embryome du rein chez un enfant avec métastases osseuses. *The Journal of Urol.* N° 1, janvier 1934, p. 79-87, in *Journal d'Urol. Méd. et Chir.*, n° 5, novembre 1934, p. 463.
- M^{lle} J. DELON. — Deux types histologiques de tumeurs malignes du rein chez l'enfant. *Soc. Anat.*, 7 février 1935, in *La Presse médicale*, n° 23, 20 mars 1935, p. 587.
- VALCKE. — Tumeur du rein chez une fillette de 4 ans. Cercle méd. du Katanga, séance du 3 février 1933, in *Bull. Méd. du Katanga*, n° 1, 1933 ; in *Bruxelles Méd.*, 26 mars 1933.
- ROCHER, LASSERRE, RIOUX. — Sarcome du rein chez un enfant de 13 mois. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 1925, XLVI, p. 266.
- CRUCHET, ROCHER, CANTORNE. — Sur un cas de dysembryome de la loge rénale chez une fillette de 6 ans. *Soc. de Chir. de Bordeaux*, séance du 26 avril 1934. Résumé in : *Journal de Méd. de Bordeaux*, 30 oct. 1934, N° 28, p. 782.
- LUBARSCH (O.). — Die destruierenden Nierengewachse, in *Handbuch der speziellen Pathologien Anatomie und Histologie*, de Henke et O. Lubarsch, Berlin, 1925.

LECENE, WOLFROM. — Cités par Roger, Widal, Teissier in Cancer du rein. *Nouveau traité de médecine*, XVII, p. 771-802.

FRASER. — Cité par Hinman, Kutzman in Malignant tumors of the kidney in children. *Annals of Surg.* oct. 1924, p. 569-603.

WALDEYER, ALBARRAN. — Cités par Roger, Widal, Teissier in Cancer du rein. *Nouveau traité de médecine*, XVII, p. 771 802.

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

Un cas d'Épithélioma adénoïde du
rein chez une enfant,

Par M^{lle} Jeanne Atger.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 18 novembre 1936.

Le professeur :

ÉTIENNE.

Vu :

Montpellier, le 18 novembre 1936.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 18 novembre 1936.

Le Recteur,

TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !
